Z kliniki ginekologiczno - położniczej krakowskiej
pod kierunkiem prof. Dr. Jordana.

PLASTYKA POCHWY

Z WAR[illegible] ROMNYCH MNIEJSZYCH.

NAPISAŁ

DR. ROŚCISZEWSKI.

KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1894.

Z kliniki ginekologiczno-położniczej krakowskiej
pod kierunkiem prof. Dr. Jordana.

PLASTYKA POCHWY

Z WARG SROMNYCH MNIEJSZYCH.

NAPISAŁ

Dr. Rościszewski.

KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1894.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1894. Nr. 20.

Z kliniki ginekologiczno-położniczej krakowskiej pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

Plastyka pochwy z warg sromnych mniejszych.

Podał

Dr. Rościszewski.

Bardzo mała liczba opisów w literaturze operacyj plastycznych w pochwie dowodzi, że operacya ta nie ma tak szerokiego zastósowania, jakieby jej się należało, wszelkie bowiem powolne rozszerzanie pochwy w zwężeniach skutkiem blizn może prowadzić do celu tylko w przypadkach lżejszych; w cięższych będzie zwykłe zawodzić, gdyż wiemy, że blizna rozciągnięta prędzej czy później znowu się kurczy. Pewne i trwałe wyleczenie możemy uzyskać tylko przez wycięcie blizny i zastąpienie jej przez nową, zdrową tkankę.

O tem mogliśmy się przekonać także na przypadku, który w tej pracy zamierzamy opisać.

Dnia 20. Stycznia b. r. zgłosiła się do kliniki chora skarżąca się, że podczas porodu odbytego przed trzema miesiącami pochwa uległa przedarciu a następnie po wygojeniu się tak się zwęziła wskutek blizn, że stósunki płciowe stały się niemożliwemi, i żądała z tej przyczyny pomocy. Badanie wykazało: Osoba l. 21, wzrostu niskiego, delikatnie zbudowana, dość dobrze odżywiona.

Wargi sromne większe prawidłowe; mniejsze też prawidłowe, nieco większe, niż zazwyczaj. Pochwa na centymetr od wejścia częściowo zamknięta półkolistą blizną; przez otwór w tej bliźnie można wprowadzić zaledwie koniec małego palca. Blizna twarda, niepodatna zajmuje głównie część tylną pochwy i boczne; część przednia, pod cewką moczową położona, pokryta prawidłową błoną śluzową. Ten pasek prawidłowy leży w samym środku, tuż pod cewką i jest na 2 cm. szeroki. Powoli rozszerzając można małym palcem, nasmarowanym dobrze tłuszczem, przejść po za tę bliznę i przekonać się, że ta półkolista blizna ma długości 2 cm., po za nią zaś pochwa nieco rozszerza się, lecz jest także dość znacznie zwężona przez blizny w różnych kierunkach przebiegające. Dopiero przed samą częścią pochwową macicy jest pochwa obszerna, prawidłową błoną śluzową pokryta. Zaproponowano chorej powolne rozszerzanie pochwy. Chora poddała się temu leczeniu, lecz już po kilkunastu dniach przekonaliśmy się, że ten sposób do niczego nie doprowadzi; blizna bowiem była zbyt twarda, żeby dała się rozciągnąć. Wskutek tego zaczęliśmy myśleć o zabiegu operacyjnym; ponieważ zaś po za ową blizną półkolistą pochwa była wprawdzie bliznami pościągana, lecz znacznie szersza, niż u wejścia, główną zaś przeszkodę stanowiła ta półkolista blizna, przeto sądziliśmy, że wystarczy wyciąć wystający ponad powierzchnię reszty pochwy jej brzeg, żeby uzyskać dostateczną szerokość pochwy.

Za łaskawem pozwoleniem prof. Dra Jordana wykonałem tę operacyę d. 5. Lutego b. r. w następujący sposób: Wyciąłem nożem bliznowate półkole, trzymając się co do głębokości tylnej części pochwy a następnie podminowawszy błonę śluzową przed i po za ubytkiem, ściągnąłem ją razem i zeszyłem. Blizny poprzeczne w tylnej części pochwy poprzecinałem nożyczkami a pochwę wytamponowałem gazą jodoformową. Zeszyta błona śluzowa zgoiła się doraźnie i na razie był wynik dobry; do pochwy można było swobodnie wprowadzić palec wskazujący.

Chora opuściła dnia 15. Lutego 1894. klinikę jako wyleczona. Jednakże już po 2 tygodniach zgłosiła się powtórnie a po zbadaniu przekonaliśmy się, że rezultatu po tej operacyi nie było żadnego; blizna bowiem głębiej leżąca, niewycięta, ściągnęła się bardzo szybko i znacznie tak, że stan był taki, jak przed operacyą. Wskutek tego postanowiłem całą bliznę wokoło wyciąć aż do zdrowych tkanek, pozostawić tylko pod cewką moczową błonę śluzową, jako prawidłową, ubytek zaś przez to powstały pokryć za pomocą operacyi plastycznej.

W piśmiennictwie znalazłem trzy przypadki takich operacyi: Credégo[1]), Küstnera[2]) i Święcickiego[3]). Z nich Credé użył do pokrycia ubytku skóry z wargi sromnej większej, Küstner błony śluzowej ze świeżo wyciętego jelita ludzkiego, Święcicki zaś błony śluzowej z jelita królika. Żaden z tych sposobów nie zadawalniał mię. Skóra z wargi większej jest materyałem bardzo dobrym, jednakże jest pokryta włosami, które później w pochwie dalej rosną. Wprawdzie Credé pisze, że jego pacyentce one nic nie przeszkadzały, ale była to osoba 50 letnia. Dla kobiety młodej trudno, żeby tak obojętne były włosy w pochwie.

Co się tyczy przeszczepiania błony śluzowej z jelita, to trudno mi było na ten sposób zdecydować się z przyczyny, iż przyjęcie się tych płatów wydawało mi się niepewnem, w czem mnie jeszcze i to utwierdziło, że Święcickiemu nie przyjęły się pierwszy raz przeszczepione płatki, dopiero za drugim razem. Oglądałem się więc za materyałem, z którego bym mógł dostać płat pewny a jak najbardziej swą budową do błony śluzowej pochwy zbliżony. Takim są wargi sromne mniejsze.

---

[1]) Credé: Heilung der stenosis vaginae durch Einnähen eines Hautlappens. Archiv f. Gynaekologie t. 22. 1883.

[2]) Küstner: Beitrag zur Therapie der Narbenstenosen der Vagina. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie t. 18. z. 2. 1890.

[3]) Święcicki: Przyczynki do ginekologii i położnictwa. Cześć 1. i 2. 1893.

Operacyę wykonałem dnia 5. Kwietnia 1894. Po zachloroformowaniu chorej i dokładnem oczyszczeniu pochwy zrobiłem cięcie po stronie prawej na granicy blizny i zdrowej części pochwy wzdłuż całej długości blizny, więc długie na 5 cm. Cięcie to biegło równolegle do cewki moczowej w oddaleniu od niej na centymetr na prawo. Takie samo cięcie zrobiłem po stronie lewej, także równolegle do przebiegu cewki moczowej w odległości również centymetra od niej; następnie wyciąłem między temi częściami całą bliznę aż do zdrowych tkanek. Od tyłu sięgała blizna tak głęboko, że granicą jej była niezbyt gruba ściana odbytnicy. Powstał ubytek kształtu prostokątnego, długi (licząc wzdłuż osi pochwy) na 5 cm., szeroki (od prawego do lewego brzegu) na 6 cm. Dno jego stanowiły zdrowe tkanki, brzegi prawidłowa błona śluzowa. Teraz naciągnąłem prawą wargę sromną mniejszą i trzymając się ściśle podstawy odciąłem ją idąc od góry ku dołowi od podstawy, pozostawiwszy na dole mostek odżywiający.

Ponieważ wargi mniejsze są, jak wiadomo, zdwojoną skórą, przeto rozdzieliłem na tępo obie blaszki, wskutek czego dostałem płat podwójnej szerokości, formy wachlarza. Płat ten zwróciłem powierzchnią krwawiącą ku ranie pochwy, okręciwszy go o 90 stopni. Brzeg zewnętrzny płatu przypadł na prawy brzeg rany pochwowej a więc najbliżej mostka odżywiającego; górny brzeg płatu przyległ do górnego, poprzecznego brzegu rany pochwy; wewnętrzny brzeg płatu do lewego brzegu rany w pochwie a więc w największej odległości od mostka odżywiającego. Sam mostek leżał u samego wejścia do pochwy. Dawny brzeg wargi leżał w samym środku płatu w osi podłużnej pochwy.

Po stronie prawej i w górze dało się płat przyciągnąć bez żadnych trudności, po lewej zaś dopiero po znacznem naciągnięciu płatu. Płat zeszyłem z brzegami rany szwami jedwabnymi.

Po założeniu szwów wypłukałem pochwę wyjałowionym rozczynem soli kuchennej i wytamponowałem lekko gazą

borową, żeby płat drażnić jak najmniej. Opatrunek zmieniłem po 2 dniach; bałem się bowiem, żeby w razie dłuższego pozostawienia nie szkodziła płatowi zbierająca się w gazie wydzielina pochwy. Płat wyglądał dobrze; tylko wzdłuż lewego brzegu, gdzie było największe napięcie i największa odległość od mostka odżywiającego był siny w obszarze na centymetr szerokim. Po przepłukaniu znowu wyjałowionym rozczynem soli kuchennej wytamponowałem pochwę lekko gazą borową. Po następnych dwóch dniach przekonałem się, że cały płat przygoił się doraźnie prócz wyżej wspomnianego paska po stronie lewej, szerokiego na 1 cm., biegnącego wzdłuż całego lewego brzegu rany. Gazy więcej nie zakładałem; tylko pochwę codziennie przestrzykiwałem $3^0/_0$ rozczynem kwasu borowego. Po 6 dniach wyjąłem szwy. Kawałek obumarły odpadł, zresztą cały płat był dobrze, doraźnie przygojony.

Wzdłuż lewego brzegu rany, gdzie obumarł kawałek szeroki na centymetr, pokryła się rana ziarniną i poczęła zmniejszać się szybko; obawiając się, żeby się przytem pochwa znowu, choć nieznacznie nie zwęziła, zeskrobałem 25. Kwietnia 1894. ziarninę i pokryłem ten ubytek w wyżej opisany sposób z tą tylko różnicą, że wziąłem do tego lewą wargę sromną mniejszą.

Leczenie następowe to samo; płat przygoił się doraźnie, wyjęcie szwów po 5 dniach, gdyż żadnego napięcia nie było.

Obecnie chora ma pochwę tak szeroką, że 2 palce do niej bez wielkiej trudności wprowadzić można. Pochwa pokryta jest błoną śluzową znacznie pofałdowaną, tak że nie ma obawy, żeby mogła zwęzić się w jakikolwiek sposób.

Jako zaletę tej operacyi podałbym to, że pokrywamy ubytek materyałem najbardziej zbliżonym do błony śluzowej pochwy, że przyjęcie się płatów jest pewne, tudzież, że zapomocą obu warg sromnych mniejszych możemy pokryć bardzo znaczną część pochwy.

Wadą jej jest, że się poświęca wargi sromne, więc narząd w każdym razie potrzebny. Czy niedogodności ztąd powstałe będą tak wielkie, żeby mogły zniechęcić do wykonywania tej operacyi, dopiero doświadczenie musi rozstrzygnąć.

W końcu spełniam miły obowiązek składając Szan. Profesorowi Jordanowi podziękowanie za łaskawe pozwolenie wykonania tej operacyi w klinice ginekologiczno-położniczej.